



National Latina Institute for Reproductive Health

**DESHACIENDO ESTIGMA: HACIA UNA COMPRENSIÓN
COMPLETA DE LA SALUD SEXUAL DE LAS JÓVENES LATINAS**

INTRODUCCIÓN

En la década pasada se ha observado un aumento en la abogacía y la atención que los medios de comunicación han prestado a los embarazos de las adolescentes latinas. La atención prestada se ha incrementado después de que el Reporte Nacional de Estadísticas Vitales reveló que los nacimientos en las adolescentes en los EE. UU., junto con las tasas de nacimientos en las mujeres adultas, aumentó un 3% en 2006, finalizando así, un descenso de 14 años en las tasas de nacimientos entre las adolescentes en los EE.UU.¹ En 2007, aunque los nacimientos entre todas las adolescentes aumentaron 1%, los nacimientos entre las adolescentes latinas disminuyeron el 2%.² Los datos del 2008 demuestran que los nacimientos entre jóvenes latinas disminuyeron otra vez, el 5% desde el 2007, a la tasa más baja desde que el EE.UU. empezó a recolectar tales datos.³ En todos estos años, las adolescentes latinas dieron a luz en una tasa de más que el doble que las adolescentes blancas.

Mientras el tema ha sido tratado en forma sensacionalista y de carácter urgente por los periodistas, los activistas y los encargados de formular políticas, el hecho es que los nacimientos en las Latinas adolescentes no son el único, y tal vez ni siquiera el problema de salud más urgente que enfrentan las jóvenes latinas. Por ejemplo, las jóvenes latinas tienen significativamente más probabilidad de ser diagnosticadas con una Infección de Transmisión Sexual (ITS)⁴ de la sexualidad y la reproducción reciban apoyo,⁵ y estén disponibles para las y los adolescentes.¹ Por lo tanto, un enfoque limitado y centrado en la prevención de los embarazos en las adolescentes deja fuera otros problemas críticos para asegurar que la juventud latina, y todas las adolescentes se sientan empoderadas para integrar y discernir de forma positiva su sexualidad y su salud reproductiva, tanto ahora como al momento de entrar en la adultez. Con el propósito de alcanzar esta visión, es fundamental prestar atención a asuntos claves como por ejemplo el acceso a los cuidados y los servicios de salud, el placer sexual, las ITS, las relaciones saludables y las experiencias y las necesidades de las lesbianas, gays, bisexuales, la juventud transgénero y la juventud *queer*. Asegurar que las y los adolescentes tienen la información y recursos para tomar decisiones saludables en estas áreas, y asegurando que cuentan con un ambiente sano en el cual puedan tomar estas decisiones—es también de extrema importancia al momento de apoyar la salud de las adolescentes.

Los activistas que abogan por la justicia reproductiva y la juventud han notado que a pesar del gran logro conseguido al reducir los nacimientos en adolescentes en más de un 30% en

los 15 años anteriores, existe aún una gran necesidad de implementar políticas y programas para promover y mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.⁶ El Instituto Nacional de las Latinas para la Salud Reproductiva está de acuerdo; un énfasis limitado y centrado en la prevención de embarazos en las adolescentes latinas, categóricamente excluye los contextos y las preocupaciones particulares de las vidas sexuales y reproductivas de las adolescentes latinas que son tan importantes para ellas como la prevención y la planificación de los embarazos. Las políticas que otorgan a las mujeres jóvenes las habilidades y los recursos para demorar los embarazos hasta decidir en convertirse en madres, debe también hablar acerca de su derecho a un embarazo saludable y a criar hijos e hijas con dignidad, a una educación y una carrera bien remunerada, y a realizar sus deseos, sueños y experiencias de formar relaciones y familias.

Este reporte hace una revisión de las investigaciones recientes acerca de la sexualidad y la salud reproductiva de las adolescentes, establece un marco conceptual de la justicia reproductiva para promover la salud sexual de las adolescentes latinas, y detalla algunas propuestas de políticas públicas para asegurar que las comunidades en las que las decisiones saludables acerca de la sexualidad y la reproducción reciban apoyo, y estén disponibles para las y los adolescentes. Las políticas públicas sugeridas tienen como fin eliminar las barreras que impiden a las jóvenes latinas tomar decisiones informadas acerca de cómo y cuándo criar hijos, y crear una sociedad en la que las jóvenes latinas puedan alcanzar su potencial máximo. Este reporte también mantiene muy de cerca el mandato más grande que tenemos de eliminar las disparidades de la salud, y por lo tanto, propone políticas públicas que abordan directamente las causas de estas disparidades de salud además de las causas de los propios resultados inferiores de salud.

La Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes: Los Datos y las Investigaciones

Una colección de literatura de las ciencias sociales grande y a veces voluminosa, ha puesto su atención en las causas y las consecuencias de los nacimientos a edades tempranas desde los años sesentas. Una nueva pregunta adicional que también está siendo abordada en las investigaciones busca determinar por qué existen disparidades tan marcadas entre las tasas de nacimiento de las adolescentes blancas y latinas. Esta sección no provee una revisión exhaustiva de esta investigación, pero en cambio, tiene el propósito de resaltar la información más actualizada y puede por lo tanto informar propuestas para formular políticas públicas para la salud sexual y reproductiva de las adolescentes latinas.

Los Nacimientos en las Adolescentes Latinas: Un Vistazo al Acceso y las Oportunidades

En 2007 las adolescentes latinas dieron a luz en una tasa de más del doble que las adolescentes blancas.² Si bien sabemos que la causa directa de cualquier nacimiento, incluyendo aquellos de las adolescentes, es tener relaciones sexuales y decidir conservar el embarazo surgido, las adolescentes blancas y las latinas no tienen tasas significativamente diferentes de actividad sexual reportada; las adolescentes latinas, sin embargo, corren un riesgo mucho más alto de quedar embarazadas porque éstas tienen una tasa más baja de uso de anticonceptivos.⁷ Específicamente, el uso de las pastillas anticonceptivas por parte de las adolescentes latinas, ha declinado dramáticamente entre el año 1991 y el 2007, y las adolescentes latinas tienen más probabilidad que las adolescentes blancas y afro-americanas de no usar “método alguno” de prevención del embarazo cuando sostienen relaciones sexuales.⁷ Las causas de estas disparidades no radican simplemente en las preferencias del uso de anticonceptivos de las Latinas versus las de las adolescentes blancas, sino en cambio están estrechamente conectadas a la desigualdad social y económica. Por ejemplo, un estudio, usando una encuesta longitudinal representativa nacionalmente no encontró diferencias raciales o étnicas en las tasas de nacimientos en las adolescentes en el mismo cuartil socioeconómico.⁸

Una de las razones por la cual las adolescentes latinas tienen menos probabilidad de usar anticonceptivos, es porque tienen menos probabilidad de tener dinero para comprarlos y menos probabilidad de tener un seguro médico. Las Latinas también tienen más probabilidad de vivir en áreas con un acceso insuficiente a servicios de planificación familiar. Las investigaciones muestran que las variables a nivel de vecindario, tales como una mediana más alta del ingreso del hogar, y un mejor acceso

a servicios de planificación familiar, predicen un uso más alto de anticonceptivos entre las mujeres adolescentes.⁹ El ingreso per capita y la desigualdad de ingreso (la proporción del ingreso acumulativo que gana el 10% de la población con más riqueza) son también variables que pueden asociarse significativamente con los nacimientos en las adolescentes, incluyendo específicamente a las Latinas.^{10,11} Las adolescentes latinas tienen más probabilidad de no contar con seguro médico que las adolescentes blancas: de Latinos(as) menores de 17 años, un 20% no tienen seguro médico, una cifra casi tres veces más alta que la de la juventud blanca.¹² Al momento de escribir este reporte, la legislación trascendental de la reforma de salud fue convertida en ley recientemente, lo que seguramente cambiará este panorama. Aunque es difícil saber con exactitud cómo, lo que sí sabemos es que existirán oportunidades para que más jóvenes latinas ganen acceso a algún tipo de seguro médico.

Algunas(os) adolescentes latinas(os) pueden también tener más probabilidades de iniciar una familia más tempranamente, porque no tienen ni los recursos ni el apoyo para terminar la universidad. Muchas mujeres y hombres demoran el nacimiento de un(a) niño(a) para finalizar su educación, pero un número desproporcionado de jóvenes latinos(as) abandonan la escuela secundaria, y muchos otros simplemente no pueden cubrir el costo que implica estudiar en la universidad. Para las adolescentes de escasos recursos con menos oportunidades, el nacimiento precoz de un(a) niño(a) es “menos costoso en términos de oportunidades perdidas”.⁸ En efecto las investigaciones indican que estar en la escuela, salir bien en la escuela mientras se esté allí, y creer que uno podrá ser capaz de continuar a la universidad son todas medidas protectoras que evitan que las adolescentes tengan hijas(os) a una edad temprana.⁸ Esto es probablemente porque aquellos estudiantes perciben una probabilidad más alta de iniciar una educación superior, lo cual bajo el sistema actual, sería más complicado o materialmente imposible al momento de tener un(a) niño(a). Las Latinas que abandonan la escuela a una edad joven tienen más probabilidad de quedar embarazadas durante la adolescencia, que sus compañeras que abandonan la escuela algunos años después.¹³

Aunque los embarazos en adolescentes son con frecuencia citados por los activistas y los medios de comunicación como una causa de la pobreza y un gasto público enorme, la evidencia de estas demandas es, en el mejor de los casos, equívoca.¹⁴ Las investigaciones más recientes sugieren que, mientras las madres adolescentes tienen menos probabilidad de graduarse de la universidad en comparación con las mujeres que esperan

hasta después de los 30 años para tener niños(as), si esas mismas madres hubieran retrasado el nacimiento de sus hijos(as) hasta después de la adolescencia, probablemente no estarían en circunstancias socioeconómicas diferentes. Específicamente, estas madres adolescentes no tienen probabilidad de ganar menos dinero ni de usar más beneficios públicos, si en comparación hubiesen esperado hasta tener 20 años o más para iniciar una familia.¹⁵ Las investigaciones de salud pública han sugerido que para la juventud de color de escasos recursos que experimentan exclusión estructural y desventajas, los beneficios potenciales para retrasar la paternidad o la maternidad son muchos más bajos que para la juventud blanca y adinerada porque las metas como la universidad están fuera de su alcance.¹⁶

Las Desigualdades en la Salud Materno-Infantil afectan a las Latinas de Todas las Edades

Con frecuencia se menciona que los nacimientos en las adolescentes son un problema porque los padres y las madres adolescentes y sus hijas(os) obtienen resultados de salud inferiores que las madres de edad más avanzada. Y mientras el embarazo en las adolescentes latinas es en particular un tema popular para la discusión y la abogacía, la realidad es que las Latinas de todas las edades obtienen resultados inferiores de salud sexual y reproductiva—en particular los resultados de salud materna—que las mujeres blancas. Las investigaciones en el tema indican que las desventajas socioeconómicas y el acceso al cuidado y los servicios de salud son los factores principales que determinan estas disparidades, no la edad de la madre.

Las Latinas tienen la tasa más baja de cobertura de seguro de salud entre las mujeres de cualquier otro grupo racial o étnico.¹² Esto contribuye directamente con el hecho de que las Latinas permanecen en un alto riesgo de tener un embarazo no planificado en comparación con las mujeres blancas; también ha sido documentado que las Latinas usan los anticonceptivos menos y con menos consistencia y tienen una probabilidad significativamente mayor de tener un aborto.¹⁷ Además, significativamente menos Latinas reciben cuidado prenatal en el primer trimestre o no reciben ningún cuidado prenatal durante todo el embarazo, en comparación con las mujeres blancas.¹⁸

Las investigaciones al respecto han mostrado que algunas Latinas obtienen resultados claves en los índices de nacimientos, tales como la mortalidad infantil y las tasas de lactancia materna que son en efecto igual que los de las mujeres blancas, a pesar de otros factores como ingresos más bajos.^{19,20} Sin embargo,

los resultados perinatales (posteriores al alumbramiento) que son iguales a los de las mujeres blancas se encuentran principalmente en las mujeres inmigrantes de origen mexicano, y esta “ventaja de salud” disminuye conforme éstas pasan más tiempo en los EE.UU. Básicamente, esta “ventaja de salud” desaparece en la segunda generación y con certeza ya no está presente en las subsiguientes generaciones.

Los datos a nivel nacional encubren los resultados deficientes de salud entre los diferentes grupos de Latinas y sus comunidades. Por ejemplo, las mujeres puertorriqueñas tienen más probabilidades de experimentar partos prematuros, y sus hijas(os) sufren bajo peso al nacer y mortalidad infantil, y menos probabilidades de ganar un peso adecuado durante el embarazo, comparado con las mujeres blancas.¹⁸ De igual forma, las Latinas de prácticamente cualquier país de origen con excepción de las Cubanas, tienen más probabilidad de tener diabetes gestacional, una condición que puede causar complicaciones severas en el embarazo, incluyendo resultados desfavorables, y puede conducir a desarrollar diabetes tipo II después del embarazo.

Mientras los embarazos en adolescentes son con frecuencia señalados como la causa de esas y otras disparidades, en efecto la edad no representa la causa primordial para estos resultados desiguales. Aunque los resultados inferiores de salud infantil son más prevalentes en las madres adolescentes de 14 años y menores, hubo menos de 6,000 nacimientos en todas las adolescentes de 14 años y menores en el año 2008, comparado con casi medio millón de nacimientos en adolescentes en general.³ La gran mayoría de nacimientos en adolescentes pertenecen a las mujeres de 18 y 19 años, las cuales obtienen resultados de salud iguales a los de las mujeres en sus años veintes.²¹ Otro estudio encontró que la posibilidad de tener incapacidad de aprendizaje era la misma para los hijos(as) de las madres adolescentes y las madres de edad más avanzada, después de controlar por otras variables como logros educacionales e ingreso.²² Por lo tanto, un enfoque efectivo para eliminar las disparidades de salud materno-infantil que impactan a las Latinas no es una política enfocada en los nacimientos en las adolescentes, sino en las causas de las desigualdades de salud para todas las Latinas en edad reproductiva, tales como los ingresos bajos y la falta de información y seguro de salud.

Las Adolescentes Latinas y el Contexto de Inmigración

Muchas de las investigaciones en el área de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes no aborda el contexto particular y las experiencias de la juventud latina inmigrante, y tal vez incluso más importante, el contexto de pertenecer a una familia de inmigrantes. En realidad, la proporción de los jóvenes latinos(as) que son inmigrantes ha disminuido en años recientes; únicamente un 11% de los Latinos(as) menores de 18 años son inmigrantes.²³ Sin embargo, más de la mitad de los jóvenes Latinos(as) son hijos de inmigrantes y casi 9 millones de Latinos(as) viven en hogares con un estatus de inmigración mixto.²⁴

La experiencia de ser inmigrante influye en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes de muchas formas críticas. La juventud inmigrante latina tiene las tasas más bajas de actividad sexual y un inicio de las relaciones sexuales más tardío que las niñas no inmigrantes,²⁵ pero estas(os) jóvenes se encuentran así mismos con menos recursos para obtener cuidado y servicios de salud de calidad y educación. En primer lugar, las familias inmigrantes, particularmente aquellas que cuentan con trabajadores indocumentados, tienen más probabilidad de tener un ingreso bajo y de trabajar en empleos que no proveen seguro de salud comparado con los Latinos(as) no inmigrantes y con otras personas que no son inmigrantes.²⁴ La prohibición de los cinco años en el seguro de salud público y otros beneficios públicos para los niños(as) inmigrantes documentados(as) fue eliminada únicamente a nivel federal en el año 2009, y no está claro aún si los estados individuales están aprovechando esta nueva oportunidad para ofrecerles cobertura.²⁶ La legislación de la reforma de salud recientemente aprobada deja intacta la prohibición de los cinco años, y excluye a las personas indocumentadas no solo de recibir subsidios que otros Americanos recibirán, sino también les prohíbe comprar pólizas en el mercado de intercambios con su propio dinero.

Los padres inmigrantes también están menos familiarizados con el sistema de salud de los EE.UU. Estos padres tienen menos probabilidad que los no inmigrantes de tener acceso a información confiable, precisa y lingüísticamente apropiada acerca de los recursos y las opciones disponibles para obtener cuidado y servicios de salud y otros beneficios para sus niños(as). Lo mismo sucede con sus niños(as): aunque éstos sean ciudadanos estadounidenses, los niños latinos hijos de inmigrantes puede que no conozcan el sistema de salud de los EE.UU. tan bien como sus homólogos no inmigrantes, especialmente los servicios de redes de ayuda social y servicios orientados a la juventud, como las Clínicas de

Título X y *Planned Parenthood*. El NLIRH llevó a cabo una serie de entrevistas a profundidad con líderes de base de la comunidad latina en tres estados, y muchas reportaron que las Latinas jóvenes y las niñas de inmigrantes tienen poca información acerca de su salud y sus derechos. En particular, las entrevistas revelaron que las jóvenes latinas inmigrantes con frecuencia no saben cómo acceder a consejería y servicios para utilizar anticonceptivos que sean confidenciales y a un precio alcanzable, a servicios e información de abortos, y a otros recursos críticos, conocimientos con los cuales muchas de las jóvenes no inmigrantes y adineradas sí cuentan.

Lo mismo sucede con la juventud latina y el acceso a la educación: como hijas(os) de inmigrantes o niñas(os) inmigrantes, las(os) Latinas(os) están menos familiarizadas(os) con el sistema de educación de los EE.UU. y cuentan con poca información acerca de sus derechos y oportunidades para finalizar la escuela secundaria y la universidad. En muchos casos, aún los consejeros de la escuela secundaria tal vez no saben qué tipo de ayuda financiera la juventud inmigrante puede o no puede obtener, y peor aún, asumir que la universidad no se encuentra en sus planes. Los recursos, no solo la información, cuenta también: puede existir una percepción popular de que existe una cantidad significativa de dinero para becas dedicado a las minorías, pero los estudios muestran que ese no es el caso. Un reporte de 1994 de la Oficina General de Contabilidad del Gobierno Federal (General Accounting Office, GAO por sus siglas en inglés) encontró que menos del 5% de los fondos de las becas universitarias eran designados para las personas de color, no lo suficiente para asegurar que toda la juventud latina que quiere estudiar pueda hacerlo.²⁷ Mientras la ayuda financiera para estudios universitarios ha crecido considerablemente en los 16 años posteriores a la emisión de ese reporte, la mayoría de este crecimiento ha tomado lugar en el área de becas basadas en méritos, lo que significa reclutar a estudiantes con puntajes más altos, y no un incremento en el acceso a la educación en general.²⁸ Las becas basadas en méritos benefician desproporcionadamente a los estudiantes de ingresos altos y a los estudiantes blancos, a menudo exacerbando las disparidades en la educación. Finalmente, los(as) inmigrantes documentados que no son residentes permanentes legales, y los(as) inmigrantes indocumentados, no son elegibles para la ayuda financiera federal, y rara vez o nunca elegibles para la ayuda financiera al nivel del estado para la universidad. En fin, estas barreras enormes que impiden acceder a la educación y la capacitación hacen que para las jóvenes latinas inmigran-

tes y no inmigrantes—para quienes la educación no es una opción—el hecho de retardar la maternidad por la escuela secundaria o la universidad sea un argumento sin lógica alguna.

Las Investigaciones Señalan la Necesidad Alcanzar un Compromiso de Justicia Social y Económica para Promover la Salud de las y los Adolescentes

Es común escuchar discusiones que abordan los embarazos en las adolescentes que recurren a las preocupaciones acerca del ciclo de la pobreza, los gastos en bienestar público y las cargas en gastos con fondos de impuestos. Estos supuestos impactos de los nacimientos en adolescentes no son sólo incorrectos, pero también obstaculizan las estrategias de abogacía de políticas públicas que se centran en las desigualdades fundamentales que las adolescentes latinas enfrentan, como la pobreza y el acceso al cuidado de salud. A pesar de la evidencia equivocada y la naturaleza estigmatizante del debate del “costo social”, éste representa aún una propuesta para obtener la atención de los formuladores de políticas acerca de la importancia de abordar los embarazos en las adolescentes. Dichos argumentos hacen difícil, si no imposible, promover la salud de las adolescentes a través de la igualdad en el uso de métodos anticonceptivos y otros enfoques de la justicia reproductiva.

Lo que las investigaciones han mostrado es que, un enfoque que sea más amplio que solo el de la “prevención de embarazos en las adolescentes”, es necesario para promover la salud sexual y reproductiva de las adolescentes porque

- las adolescentes latinas tienen una serie de necesidades en esta área que son críticas para ser abordadas en los años de la adolescencia,
- las disparidades en las áreas de salud sexual y reproductiva, incluyendo la salud materno-infantil, impactan negativamente a las Latinas de todas las edades, y
- confiar en un enfoque de prevención de embarazos no señala cómo apoyar a las latinas jóvenes que están embarazadas y que son madres.

Las investigaciones también han mostrado que

- Tener un ingreso bajo, no contar con seguro médico ni acceso a los servicios de salud, y el estatus migratorio, son causas fundamentales para las desigualdades de salud sexual y reproductiva, incluyendo los índices más altos de nacimientos en las adolescentes, y

- Se ha demostrado que las políticas y programas que hacen compromisos sociales y económicos significativos con la salud reproductiva de las y los adolescentes, ayudan a las y los adolescentes a retardar la maternidad y/o paternidad.^{29,30}

Un Llamado por un Cambio en el Discurso acerca de la Maternidad Juvenil

Como parte de la comunidad de la justicia reproductiva, compartimos una serie de valores que creemos, nos permitirá a todas las personas vivir la vida libremente y en buena salud; valoramos la libertad sexual, la integridad del cuerpo y la autonomía personal, y rechazamos cualquier sistema de coerción reproductiva. En efecto, un aspecto clave para la justicia reproductiva es abogar para que todas las personas sean capaces de tomar las decisiones reproductivas que crean mejores para sí mismas. Porque compartimos estos valores justos, creemos que es importante cambiar el discurso acerca de la maternidad juvenil y las políticas diseñadas para abordar lo que las madres jóvenes enfrentan.

Más específicamente, el discurso actual alrededor de la maternidad juvenil es estigmatizante e insensible, y presenta la maternidad juvenil como un problema en sí mismo en lugar de mostrar los otros problemas reales que a menudo están relacionados, tales como la pobreza y la falta de acceso al cuidado y servicios de salud de calidad y oportunidades educativas. Algunas(os) activistas sienten que el estigma social de los embarazos y la maternidad y paternidad en adolescentes debería ser reforzada con el fin de disuadir a las adolescentes a no quedar embarazadas o a dar a luz.^{31,32} Sin embargo, optar por una estrategia de salud sexual y reproductiva para adolescentes que se centre en el “embarazo adolescente” de forma estigmatizante ayuda muy poco a promover la salud de las adolescentes, y por el contrario, puede llegar a tener consecuencias profundamente perjudiciales tal y como muchos investigadores(as) y activistas lo han demostrado.^{33,34}

El éxito de la estigmatización del “embarazo juvenil” depende de la creación de imágenes racistas, y de atribuirles motivaciones recalcitrantes, y consecuencias devastadoras a las acciones específicas de las adolescentes de color. Por ejemplo, a pesar de que la mayoría de las jóvenes que dan a luz son blancas y que la mayoría de las mujeres que reciben servicios de asistencia social son adultas, “el embarazo en las adolescentes Latinas” es discutido consistentemente en conjunto con los gastos en servicios de asistencia social, “sobrepoblación” y la inmigración “ilegal”. Esta

narrativa estigmatizante, que es más bien incorrecta, acerca del “embarazo en las adolescentes”, sirve para reforzar las relaciones sociales desiguales; esta retórica consigue encubrir y al mismo tiempo fundamentar el hecho de que las mujeres jóvenes de color han sido excluidas históricamente de las oportunidades educativas y económicas.³⁵ Esta retórica hace dificultoso o imposible alcanzar políticas y programas que mejoren la salud sexual y reproductiva y eliminar las disparidades de la salud porque “fomenta una explicación individualista de los embarazos en las mujeres y las chicas, y la salud inferior de las adolescentes”.³³

En segundo lugar, estas estrategias estigmatizantes construyen las identidades de las mujeres de color como irresponsables, fuera de control, y con necesidad de restricciones en vez de apoyo, una representación que se traduce al ámbito de las políticas públicas. La estigmatización del “embarazo en las adolescentes” no crea una perspectiva negativa del embarazo en las adolescentes como una condición abstracta y singular, sino en cambio identifica a las mujeres jóvenes de color como amenazas para el orden social y la inocencia sexual del resto de la juventud.³³ ¿Cómo internalizan las mujeres jóvenes de color la estigmatización de sus cuerpos, su sexualidad, y las opciones en cuanto a su vida reproductiva? ¿Y qué sucede con la estigmatización de la educación sobre la sexualidad y las relaciones? ¿Cuál es el impacto en las mujeres jóvenes cuando se les estigmatiza sus decisiones que reconocen, respetan y cultivan la salud de su sexualidad y sus cuerpos? Lejos de prevenir que las adolescentes se conviertan en madres, la estigmatización del “embarazo en las adolescentes” desempodera a las mujeres jóvenes, y crea barreras sexistas y racistas que obstaculizan una sexualidad saludable y una salud reproductiva.

Aunque la mayoría de adolescentes que se convierten en madres jóvenes no planifican sus embarazos, muchas otras madres jóvenes sí lo hacen, y estas decisiones deben ser respetadas y apoyadas. Esto no significa, sin embargo, que las decisiones de las mujeres jóvenes acerca de sus embarazos y sus cuerpos son o deberían ser completamente individuales; mientras algunas mujeres jóvenes pueden llegar a hacer conclusiones acerca de su capacidad de ser madres por sí mismas, para otras consultar y pedir consejo a los miembros de su familia y comunidad es un aspecto importante en su proceso de tomar decisiones.

Como organización de la salud reproductiva, apoyamos muchas de las políticas existentes que “abordan el embarazo en las adolescentes”; la educación integral sobre la sexualidad y las relaciones, un incremento en el acceso a métodos anticonceptivos a precios

razonables, y la expansión de programas públicos que aborden la salud reproductiva, tales como las clínicas de Título X y el programa de salud federal *Medicaid*. Sin embargo, apoyamos estas políticas públicas como parte de una plataforma para incrementar la habilidad de las mujeres para tomar decisiones informadas que son relevantes para sus vidas y no para tomar las decisiones por ellas. Adicionalmente, apoyamos las iniciativas que amplíen las opciones de las mujeres jóvenes—particularmente las mujeres jóvenes de escasos recursos y las mujeres de color—para alcanzar una educación superior a nivel universitario y el acceso a un trabajo, tales como el reembolso de pagos de la universidad, la condonación de préstamos universitarios, la acción afirmativa, los salarios justos y el derecho a organizarse en el lugar de trabajo. Es importante recordar que estas iniciativas de políticas públicas son válidas por sí mismas, e intentar utilizarlas para manipular las opciones de las mujeres en cuanto a su vida reproductiva de acuerdo a lo que aquellos en el poder encuentran como socialmente aceptable, desvaloriza dichas políticas y puede crear escepticismo hacia lo que de otra forma serían iniciativas valiosas.

Finalmente, como parte del apoyo para las decisiones de la vida reproductiva de todas las mujeres, es imperativo crear un sistema de apoyo para las madres jóvenes. Aunque los formuladores de políticas públicas a menudo citen estadísticas relacionadas con la probabilidad que las madres jóvenes tienen de abandonar la escuela secundaria o de vivir en la pobreza, con mucha menos frecuencia vemos que se presenten políticas públicas que aborden significativamente los problemas que enfrentan las madres jóvenes, tales como iniciativas para crear subsidios para centros de cuidado infantil en las universidades. Las madres jóvenes no pierden sus derechos o su valor como seres humanos cuando deciden convertirse en madres, y debería otorgárseles las mismas oportunidades para alcanzar una vida plena, al igual que a las mujeres jóvenes que deciden tener hijos más tarde en la vida o quienes deciden no tener hijos.

El Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva (NLIRH) apoya el desarrollo y la implementación de políticas públicas que empoderan y preparan a las jóvenes latinas para tomar las mejores decisiones acerca de su salud reproductiva. Esto significa apoyar políticas públicas que hacen posible y gratificante la toma de decisiones saludables, para que las Latinas y todas las mujeres puedan vivir una adolescencia saludable, evitar el embarazo y el nacimiento cuando así lo decidan, y tener un embarazo e hijos saludables cuando opten por convertirse en madres.

PROPUESTAS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Un enfoque limitado de abogacía e investigación centrado en el embarazo en las adolescentes no es propicio para formular políticas públicas que apoyen ampliamente las necesidades de las y los adolescentes, porque muchas de estas necesidades caen fuera de dicho enfoque. Recientemente, muchos activistas de los derechos y la justicia reproductiva, incluyendo al NLIRH, han expresado sus preocupaciones con respecto a que el cambio planificado de los fondos federales de los programas educativos centrados únicamente en la abstinencia a “la prevención de embarazos en las adolescentes”, puede excluir el desarrollo y el apoyo a los programas que usan otros criterios igualmente importantes.⁶ Los formuladores de políticas públicas deberían comprometerse a mejorar todos los resultados de salud sexual y reproductiva de las(os) adolescentes, y al hacer esto en formas que aborden las desigualdades fundamentales que enfrentan las Latinas en comparación con las chicas blancas, se alcanzaría la meta de eliminar las disparidades de salud establecida en la política pública Gente Saludable del 2010 (*Healthy People 2010*).

Por ejemplo, un proyecto de ley de la Casa de Representantes del Congreso de los EE.UU. presentado en la sesión No. 110 que específicamente abordaba el embarazo en las adolescentes, ofrece oportunidades para que mentores que ya cuentan con educación universitaria, pasen tiempo de calidad con chicas adolescentes de escasos recursos, con el fin de aconsejarlas a que ingresen a la universidad y retrasen los embarazos. El programa propuesto ofrece una condonación de préstamos universitarios para los mentores, pero no un plan real para realizar estudios universitarios para las participantes. Mientras muchos activistas han hecho notar la importancia de otorgarles oportunidades reales a las chicas, la respuesta en forma de programas de mentores y educación de pares son incapaces de cerrar la brecha entre la realidad de las vidas de las adolescentes y su deseo de concluir la escuela secundaria y asistir a la universidad. En todo caso, un grupo de investigaciones que ha tomado auge, ha documentado que la juventud necesita ver oportunidades reales, considerables y financieras para percibir de cerca el costo beneficio de retrasar la maternidad y la paternidad.^{8,36} Interesantemente, los hallazgos de esta propuesta en especial reconocen el rol de la pobreza en el incremento de los embarazos en las adolescentes, pero carece de un mecanismo para abordarla directamente. El NLIRH elogia las políticas públicas como ésta que apoya la salud y la educación de las adolescentes latinas y espera promover políticas que complementen este trabajo. Por ejemplo, muchas(os) jóvenes Latinas(os) necesitan seriamente mejoras considerables en la calidad de la educación secundaria pública y la exoneración de los pagos universitarios estándares para las(os) estudiantes de

escasos recursos para asistir a la universidad o la escuela vocacional. Las intervenciones de conducta deben ser acompañadas de compromisos para formular políticas públicas que atiendan las realidades sociales y elementales de las vidas de las adolescentes latinas. Estos compromisos deberían enfocarse en abordar la falta que las Latinas tienen de un acceso total y confidencial a los servicios de salud reproductiva, educación integral sobre la sexualidad y las relaciones, y un acceso real a una educación de calidad a nivel secundario y superior universitario.

Políticas Públicas a las que Debemos Prestar Atención

✓ Las Iniciativas de Prevención de Embarazos en las Adolescentes

La Administración del Presidente Obama ha priorizado la prevención del embarazo en las adolescentes—el presupuesto 2010 incluyó \$114.2 millones para la prevención de los embarazos en las adolescentes, y el presupuesto propuesto para el año fiscal 2011 incluye \$133.7 millones. Mientras muchas(os) están complacidas(os) con los incrementos en el financiamiento, las voces que lideran el movimiento de la educación sobre la sexualidad y las relaciones han expresado su decepción por la naturaleza limitada del flujo de fondos. Este financiamiento será distribuido en subvenciones a través del Departamento de Salud y Servicios Sociales, (Department of Health and Human Services, DHHS por sus siglas en inglés), y los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC por sus siglas en inglés), y será importante monitorear las metas y los efectos de los programas que reciban estas subvenciones.

✓ Expansión del Programa de Medicaid

Medicaid es un programa esencial para las Latinas y las mujeres de color debido a que las Latinas y las mujeres de color son desproporcionadamente pobres. Un estudio reciente mostró que en los EE.UU. las mujeres jóvenes (18-24 años) que no contaban con seguro médico tienen menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos recetados.³⁷ Esto indica que la educación no es suficiente—las(os) adolescentes y la gente adulta joven, como toda la gente, necesitan información adecuada y recursos acerca del cuidado y los servicios de salud para alcanzar una salud sexual y planificar sus familias. La reforma de salud ha expandido la elegibilidad de *Medicaid* a un 133% del umbral Federal de Pobreza, y removerá algunas restricciones que han hecho difícil que algunas personas de escasos recursos califiquen. Esta expansión empieza a abordar las disparidades en el acceso al cuidado y los servicios de salud y los resulta-

dos de salud. Sin embargo, debido a que la prohibición de los cinco años sigue en pie, los residentes permanentes legales, que serían de otra forma elegibles, no calificarán a menos que hayan tenido ese estatus migratorio por cinco años o más.

✓ **La Elegibilidad y la Definición Familiar**

La salud de las personas está intrincadamente ligada a la salud de sus familias. Un modelo que cubre a las personas sin consideración de su familia, es incompleto e insensible a las formas en las que la gente accede los cuidados y los servicios salud. Conforme la reforma de salud inicie su fase de implementación, es importante observar de cerca las formas en que las familias pueden llegar a ser elegibles, incluyendo si estas definiciones son lo suficientemente amplias para incluir a las familias Gays, Lesbianas, Bi-Sexuales y Transgénero, las familias inmigrantes, y las familias en todas sus formas. Los inmigrantes tienden a vivir en hogares con estatus migratorios mixtos, y debido a las regulaciones respecto a la cobertura para inmigrantes, únicamente ciertos miembros de la familia puede que tengan acceso a un seguro médico. Las regulaciones tan complicadas del Programa de Seguro de Salud para la Niñez (Children's Health Insurance Program, CHIP por sus siglas en inglés) y la elegibilidad de *Medicaid* para niñas(os) pequeñas(os) y grandes también deja a muchas familias que tienen una "elegibilidad mixta", sin seguro de salud. En estas familias, algunos miembros son elegibles para CHIP, algunos para *Medicaid*, y algunos no tienen opciones para ningún seguro, lo que deja a las y los adolescentes sin seguro de salud en un momento crítico de sus vidas sexuales y reproductivas.³⁸ El NLIRH apoya la capacidad de las(os) jóvenes a acceder cuidados de salud sexual y reproductiva de forma confidencial cuando así lo crean necesario. En este sentido, los modelos de elegibilidad de cuidado y servicios de salud familiar que incluyen mecanismos que permitan a la juventud acceder al cuidado y los servicios de salud de forma confidencial, pueden asegurar que las adolescentes latinas tengan acceso a los servicios y el apoyo que talvez no tengan ahora.

✓ **Educación sobre la Sexualidad y las Relaciones**

Como parte de la plataforma que apoya a las mujeres jóvenes a tomar las decisiones que mejor funcionen para ellas, el NLIRH apoya la educación integral sobre la sexualidad y las relaciones, apropiadamente desarrollada de acuerdo a la edad, con bases científicas para toda la gente. Para poder ser capaz de tomar decisiones saludables e informadas acerca de sus cuerpos, las mujeres jóvenes deben entender totalmente el rango de opciones y su riesgo relativo. El NLIRH

apoya la Ley de Educación Responsable Acerca de la Vida (The Responsible Education About Life Act, REAL por sus siglas en inglés), la cual crearía un flujo de fondos federales para estos programas. Aunque la reforma de salud incluye \$75 millones para la educación sexual con bases científicas, también incluye \$250 millones durante un período de cinco años para la re-autorización de los programas de Título V, la iniciativa fallida de sólo abstinencia hasta el matrimonio.

✓ **El Desarrollo y la Conservación de los Programas de las Promotoras de Salud**

Los modelos de las(os) promotoras(es) de salud promueven conductas positivas de salud y conectan a las comunidades marginadas con los servicios de una forma cultural y lingüísticamente competente. Los estudios han mostrado que los trabajadores comunitarios de salud son efectivos en incrementar los índices de vacunación, lactancia materna, análisis de cáncer de la mama y otros análisis de enfermedades crónicas entre las Latinas y otras comunidades.³⁹⁻⁴¹ Las y los profesionales de la salud pública y los investigadores han hecho un llamado para que el modelo de los trabajadores comunitarios de salud sea incorporado al sistema de salud e los EE.UU.⁴² La gente joven no siempre obtiene la información que necesita en la escuela o a través de sus padres; por lo tanto una promotora de salud puede proporcionarle a la gente joven información integral y correcta acerca de su salud. La reforma de salud ha financiado los modelos de trabajadores comunitarios de salud para las comunidades con servicios médicos insuficientes. Es importante monitorear cómo estos programas son implementados y ejecutados.

✓ **Expansión de los Centros Comunitarios de Salud (CCS) y las Clínicas de Título X**

Más del 20% de las Latinas reciben servicios de salud reproductiva a través de las Clínicas de Título X y los programas de planificación familiar, y un 28% de los clientes de las Clínicas de Título X son Latinos.⁴³

Los CCS y las Clínicas de Título X son una fuente esencial de servicios de salud reproductiva y salud preventiva especialmente para las Latinas de escasos recursos y las mujeres inmigrantes. Incrementar el acceso y el financiamiento para estas clínicas promovería la salud y el bienestar para las Latinas que carecen de servicios de salud y las comunidades de inmigrantes. Los Centros Comunitarios de Salud recibieron \$11 billones de fondos adicionales a través de la reforma de salud.

✓ **Proveer Servicios de Cuidado de Niñas(os) Basados en los Centros Educativos para los Estudiantes**

Los estudiantes de la escuela secundaria que son madres y padres, deben tener las mismas oportunidades de estudiar y asistir a clases que las y los estudiantes sin hijas(os). Las universidades y las instituciones técnicas y vocacionales de cuatro años tienen un rol crítico en reducir las disparidades de salud: el nivel de educación es un factor primordial en los resultados de salud. Proveer servicios de cuidados de niñas(os) a un costo razonable, que pueda ser incluido en los paquetes de ayuda financiera, es un servicio clave para asegurar el acceso de las madres y los padres jóvenes a la educación. Otros servicios de apoyo familiar accesibles y basados en los centros educativos deberían incluir:

- Vivienda familiar como parte de las viviendas a costo razonable en los centros de estudios y
- La provisión del Consorcio de Enfermera-Familia (Nurse-Family Partnership) para las madres primerizas de escasos recursos. El Consorcio de Enfermera-Familia, en donde las madres primerizas de escasos recursos obtienen visitas a domicilio de enfermeras los primeros dos años de la vida de sus bebés, es uno de los únicos programas que ha demostrado alta efectividad en mejorar los resultados de salud, como una baja en la mortalidad infantil y un incremento en la lactancia materna para las madres y sus bebés. Este programa a menudo llega a las madres en donde se encuentren, especialmente a las madres adolescentes que tal vez estén en la escuela secundaria o que tienen muy poco espacio privado en sus hogares si viven con familia o amigos. Este programa podría ser expandido para asociarse con las escuelas para asegurar que las madres jóvenes tengan acceso al programa.

Los Latinos se han convertido en una fuerza política durante los últimos años. El número de niñas y niños Latinos se ha casi triplicado desde 1980. Las proyecciones de la Oficina del Censo de los EE.UU. indican que en el año 2025, casi tres de cada diez niñas(os) en este país tendrán descendencia latina. Las jóvenes latinas son las líderes políticas del mañana, las votantes, y las profesionales, y debe fomentarse una visión para su salud sexual y reproductiva que responde a mucho más que los cambios en las tasas de nacimientos entre adolescentes de año en año. La salud sexual y reproductiva de las jóvenes latinas no es negociable. Nos conviene sobremedida abordar las necesidades de salud de nuestras futuras líderes.

AGRADECIMIENTOS

Este reporte fue realizado en parte utilizando las perspectivas de las y los participantes de las siguientes reuniones. *Apoyando los Embarazos Saludables* la Maternidad * la Salud Sexual de las Jóvenes Latinas* llevada a cabo el 24 de julio de 2009 en Los Angeles, CA y presentada por *California Latinas for Reproductive Justice*. Agradecemos a las y los participantes que vinieron de las siguientes organizaciones:

Young Women United, Albuquerque, NM
 California Latinas for Reproductive Justice, Los Angeles, CA
 Latino Community Foundation, San Francisco, CA
 Visión y Compromiso, Los Angeles, CA
 Center for Reproductive Health Research and Policy, University of California, San Francisco, CA
 ACCESS/Women's Health Rights Coalition, Oakland, CA
 Center for Young Women's Development, San Francisco, CA
 Office of Texas State Representative Jessica Farrar, Houston, TX
 Colorado Organization for Latina Opportunity and Reproductive Rights (COLOR), Denver, CO
 Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado at Denver Health Sciences Center

A Roundtable discussion on Supporting Healthy Pregnancy and Young Latinas Sexual Health llevada a cabo el 20 de Octubre, 2009 en Washington, DC y presentada por el Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva. Agradecemos a las y los participantes que vinieron de las siguientes organizaciones:

The Moriah Fund, Washington, DC
 Black Women's Health Imperative, Washington, DC
 SIECUS, Washington, DC
 National Asian Pacific American Women's Forum, Washington, DC
 Healthy Teen Network, Baltimore, MD
 Advocates for Youth, Washington, DC
 Catholics for Choice, Washington, DC
 Choice USA, Washington, DC
 The Guttmacher Institute, Washington, DC
 Center for American Progress, Washington, DC

- (1) Martin JA, Brady HE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Mathews TJ. Births: Final data for 2006. *National Vital Statistics Report* 2009;57(7).
- (2) Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2007. *National Vital Statistics Report*, 2009;57(12):1-23.
- (3) Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2008. *National Vital Statistics Report*, 2010 April 16;58(16):1-17.
- (4) Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrier S, Ventura SJ, Kann L, et al. Sexual and Reproductive Health of Persons Aged 10--24 Years ---United States, 2002--2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2009 July 17;58(SS06):1-58.
- (5) Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on children's depression inventory: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 2002;111(4):578-488.
- (6) Santelli JS, Orr M, Lindberg LD, Diaz DC. Changing Behavioral Risk for Pregnancy Among High School Students in the United States, 1991--2007. *Journal of Adolescent Health* 2009;45(1):25-32.
- (7) Driscoll AK, Sugland BW, Manlove J, Papillo AR. Community Opportunity, Perceptions of Opportunity, and the Odds of an Adolescent Birth. *Youth & Society* 2005;37:33-61.
- (8) Averett SL, Rees DI, Argys LM. The impact of government policies and neighborhood characteristics on teenage sexual activity and contraceptive use. *American Journal of Public Health* 2002;92(11):1773-1778.
- (9) Leigh WA. Does place matter? Birth to African American and Latina adolescents. *The Review of Black Political Economy* 2004:47-64.
- (10) Gold R, Kawachi I, Kennedy BP, Lynch JW, Connell FA. Ecological analysis of teen birth rates: Association with community income and income inequality. *Maternal and Child Health Journal* 2001;5(3):161-167.
- (11) U.S. Census Bureau Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement, 2008. 2008; Available at: http://www.census.gov/hhes/www/cpstc/cps_table_creator.html. Accessed July 27, 2009.
- (12) Manlove J. The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school-age pregnancy. *Journal of Research on Adolescence* 1998;8:187-220.
- (13) Furstenberg FF. Teenage Childbearing as a Public Issue and Private Concern. *Annual Review of Sociology* 2003.;29:23-29.
- (14) Hotz JV, McElroy SW, Sanders SG. Teenage childbearing and its life cycle consequences: Exploiting a natural experiment. *The Journal of Human Resources* 2005;40:683-715.
- (15) Stevens-Simon C, Lowy R. An Adaptive Strategy for the Socioeconomically Disadvantaged or a Strategy for Adapting to Socioeconomic Disadvantage? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(8):912-915.
- (16) Henshaw SK, Kost K. Trends in the characteristics of women obtaining abortions, 1974 to 2004, New York: Guttmacher Institute, 2008.
- (17) Health, United States, 2008 With Chartbook. 2009;Library of Congress Catalog Number 76-641496.
- (18) Hummer RA, Powers DA, Pullum SG, Gossman GL, Frisbie WP. Paradox found (again): Infant mortality among the Mexican-origin population in the United States. *Demography* 2007;44(3):441-457.
- (19) Kimbro RT, Lynch SM, McLanahan S. The Hispanic Paradox and Breast-feeding: Does Acculturation Matter? Evidence from the Fragile Families Study, Princeton, NJ: Center for Research on Child Wellbeing: Princeton Department of Sociology and Office of Population Research, 2004.
- (20) Phipps MG, Sowers M. Defining early adolescent childbearing. *American Journal of Public Health* 2002;92:125-128.
- (21) Guerogueiva RV. Effect of teenage pregnancy on educational disabilities in kindergarten. *American Journal of Epidemiology* 2001;154(3):212-220.
- (22) Fry R, Passel JS. Latino Children: A Majority are U.S. Born Offspring of Immigrants, Washington, DC: Pew Hispanic Center, 2009.
- (23) Passel JS, Cohn D. A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States, Washington, DC: Pew Hispanic Center, 2009.
- (24) McDonald JA, Manlove J, Ikramullah EN. Immigration measures and reproductive health among Hispanic youth: Findings from the National Longitudinal Survey of Youth, 1997-2003. *Journal of Adolescent Health* 2009 1;44(1):14-24.
- (25) Horner D, Guyer J, Mann C, Alker J. The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009. 2009 February 13; Georgetown University Health Policy Institute Center for Children and Families.
- (26) Higher Education: Information on Minority-Targeted Scholarships. 1994 January; GAO-HEHS-94-77.
- (27) Trends in Student Aid 2004, Washington, DC: The College Board, 2004; Available at: http://www.collegeboard.com/prod_downloads/press/cost04/TrendsInStudentAid2004.pdf. Accessed July 26, 2009.
- (28) Tiezzi L, Lipshutz J, Wroblewski N, Vaughan RD, McCarthy JF. Pregnancy prevention among urban adolescents younger than 15: Results of the 'In Your Face' program. *Family Planning Perspectives* 1997;29(4):173-197.
- (29) Philliber S, Kaye JW, Herrling S, West E. Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: An evaluation of the Children's Aid Society-Carrera Program. 2002;34(5):244-251.
- (30) Whitley R, Kirmayer LJ. Perceived stigmatisation of young mothers: An exploratory study of psychological and social experience. *Social Science & Medicine* 2008;66:339-348.
- (31) Reject. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. Available at: <http://www.thenationalcampaign.org/images/store/rejectLg.jpg>. Accessed April 28, 2010.
- (32) Fields J. "Children having children": Race, innocence, and sexuality education. *Social Problems* 2005;52(4):549-571.
- (33) Geronimus AT. Teenage childbearing as cultural prism. *British Medical Bulletin* 2004;69:155-166.
- (34) Kelly DM. Stigma stories: Four discourses about teen mothers, welfare, and poverty. *Youth & Society* 1996;27(4):421-449.
- (35) Jumping-Eagle S, Sheeder J, Kelly LS, Stevens-Simon C. Association of conventional goals and perceptions of pregnancy with female teenagers' pregnancy avoidance behavior and attitudes. *Perspectives of Sexual and Reproductive Health* 2008;40(2):74-80.
- (36) Nearn J. Health insurance coverage and prescription contraceptive use among young women at risk for unintended pregnancy. *Contraception* 2009 February;79(2):105-110.

(37) Hudson JL. Families with mixed eligibility for public coverage: Navigating Medicaid, CHIP and uninsurance. *Health Affairs* 2009 June;28(4):w697-w709.

(38) Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja GN, van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database of Systematic review* 2005(1):CD004015.

(39) Reinschmidt KM, Hunter JB, Fernández ML, Lacy-Martínez CR, Guernsey de Zapien J, Meister J. Understanding the success of Promotoras in increasing chronic disease screening. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2006;17:256-264.

(40) Viswanathan M, Kraschnewski J, Nishikawa B, Morgan LC, Thieda P, Honeycutt A, et al. Outcomes of Community Health Worker Interventions. 2009 June;Evidence Report/Technology Assessment No. 181.

(41) Freudenberg N, Eng E, Flay B, Parcel G, Rogers T, Wallerstein N. Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: In search of relevant theories and principles. *Health Education Quarterly* 1995;2(3):290-306.

(42) Fowler CI, Gable J, Wang J, and Lyda-McDonald B. Family Planning Annual Report: 2008 National Summary. 2009 November.

Nota: Las autoras de este documento, conscientes de la importancia de la igualdad de género en la realización de investigaciones en las ciencias sociales, han incorporado a lo largo de este documento, términos neutrales y artículos que se refieren a ambos géneros como "las(los)". No obstante, en algunas instancias, se ha optado por conservar formas estándares en el uso de algunos términos.

NLIRH Staff Who Contributed to the Writing of This White Paper

Liza Fuentes, *Senior Research Associate*

Veronica Bayetti Flores, *Senior Policy Analyst*

edited by Jessica Gonzalez-Rojas, *Deputy Director*

Suggested Citation

Fuentes L, Bayetti Flores V, Gonzalez-Rojas J. *Removing Stigma: Towards a Complete Understanding of Young Latinas' Sexual Health*, New York: National Latina Institute for Reproductive Health, 2010.

This white paper is an updated version of an earlier report.

Report design by Tracy Leigh Graphic Design, LLC
www.tracyleighdesign.com